17.

Über
Bauchdeckengeschwülste
speciell über desmoide.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

Karl Seyb

aus

St. Ingbert.

WURZBURG.

Buchdruckerei F. Staudenraus (vorm. Fleischmann).

1905.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Würzburg.

Referent:

Herr Geh. Hofrat Professor Dr. Hofmeier.

Meiner lieben Mutter

und

dem Andenken meines Vaters

in Dankbarkeit gewidmet.

Der Verfasser.

Unter den Tumoren der Bauchdecken interessieren den Gynäkologen fast nur die Neubildungen der Bindegewebsreihe, besonders die „Desmoide“, worunter wir „sehnenähnliche“ Geschwülste verstehen, welche vom musculo-aponeurotischen Apparate der Bauchdecken ihren Ursprung nehmen, also besonders die Fibrome und Sarkome. Nachstehend will ich einige Bauchdeckengeschwülste beschreiben, welche in der hiesigen Universitätsfrauenklinik zur Beobachtung kamen.

Fall I.

Frau S. K., 33 Jahre alt, Hauptbuch Nr. 754. 1892. Pat., IV para, hatte mit 17 Jahren Schleimfieber; erste Periode mit 17 J., regelmässig 4—5 wöchentlich, reichlich, 4—5 Tage dauernd; seit dem 25. Lebensjahre empfindet Pat. bei schwerer körperlicher Arbeit stechende Schmerzen vorn seitlich im Leib, etwas unterhalb der Stelle, wo jetzt eine Geschwulst sitzt.

In der 12. Woche der ersten Schwangerschaft im Jahre 1887 „verhob sich“ Pat. einmal und kann seitdem keine schweren Arbeiten mehr verrichten. Die vier Schwangerschaften, Geburten und Wochenbetten waren normal. In der 4. Schwangerschaft fühlte Pat. eine eigrosse Geschwulst der rechten Seite, die das

Arbeiten erschwerte. Mit der letzten Entbindung (1891) wuchs diese Geschwulst stark, wölbte den Leib rechts stärker vor, löste bes. während der letzten Laktation (24 Wochen) und auch sonst während des häuslichen Arbeitens stärkere Schmerzen aus. Pat. klagt über das Gefühl von Schwere und Völle im Leib, Stuhl angehalten, Wasserlassen ungestört.

Befund am 2. III. 1891. Gravida mens. VI, rechts vom Uterus ein klein faustgrosser, harter, etwas empfindlicher Tumor, fest und ziemlich knapp am Uterus ansitzend.

Befund am 15. I. 92. Im unteren Teil des Abdomens, das halbkugelig vorgewölbt ist, ein etwas über Kindskopf grosser Tumor, der dem Beckeneingang nicht ganz dicht aufliegt. Der leicht vergrösserte Uterus anteflektiert im kleinen Becken. Der Tumor liegt dem Fundus rechts nicht ganz dicht an. Es lässt sich nicht genau unterscheiden, ob die Anhänge rechts wirklich auf den Tumor übergehen oder nur in der Richtung gegen ihn hinziehen. Bei wiederholter Untersuchung scheint es, als ob neben dem rechten Lig. lat. bez. der rechten Tube noch ein etwa bohnengrosser, länglicher Körper (das rechte Ovar?) zu fühlen sei. L. Ovar. normal und an normaler Stelle. Der Tumor ist myomhart, kugelig, doch an der Oberfläche mit seichten Unebenheiten, lässt sich nur etwas nach rechts und oben, am wenigsten aber nach unten verschieben. Die Diagnose auf Ovarialtumor scheint nicht gesichert.

20. I. 92. Operation. Medianer Bauchschnitt von der Symphyse bis handbreit unterhalb des Nabels. Sofort zeigt sich, dass der Tumor von den Bauchdecken rechts ausgeht und dicht unter dem Peritoneum liegt, weit in die Bauchhöhle sich vordrängend.

Von der ersten Schnittlinie aus wird nun das Peritoneum stumpf vom Tumor abgeschält. Auf der vorderen Seite gehen breite Muskelbündel in die Aussenwand des Tumors über, besonders nach vorn oben ist der Tumor daher nicht ohne weiteres ausschälbar. Die Muskelbündel werden mit Catgut unterbunden und gegen den Tumor zu durchschnitten. Mehrfache solche Unterbindungen sind auch von unten nötig. Die abgebundenen Enden werden mit dem vorläufig nicht gekürzten Catgutfäden nach aussen gezogen und der Tumor nach und nach stumpf herausgeschält. Das Peritoneum reisst nahe der Mittellinie des Bauches dabei vielfach ein und hängt in Fetzen, die zum Teil mit Catgut unterbunden werden, heraus. Am schwersten ist die Losschälung von oben, hier gelingt sie erst nach mehrfachen Unterbindungen und Durchtrennungen derber Stränge (hier anscheinend der Ursprung des Tumors in der Fascie. Da sich der Tumor selbst mit 3 eingesetzten Muzeux, die im weichen Gewebe oft ausreissen, nicht vor den Bauch wälzen lässt, wird der Bauchschnitt bis 1 cm oberhalb des Nabels verlängert. Nach Entfernung des Tumors werden die Fetzen des Peritoneums mit Catgut an die Bauchwand angenäht; es lässt sich auf diese Weise die ganze grosse Wundhöhle zwischen Peritoneum und Bauchwand, die nur mässig geblutet hat, schliessen und die vordere Bauchwand mit dem Peritoneum wieder decken. Die Enden der Peritonealfetzen werden nach aussen gezogen und besonders im unteren Wundwinkel mit in die Bauchnaht (Seidenknopfnaht, durchgreifend) eingenäht. —

Dermatol, sterile Gaze, Heftpflasterstreifen, Bauchbinde. Abends. Mässige Leibschmerzen, Katheterisiren.

21. I. Mässige Wundschmerzen. Spontane Urinentleerung. Grosser Durst. Abends Temperatur 38,3, Puls 126.

22. I. Vorm. Temp. 37,5, Puls 120. — Durst. Bekommt Wein und kalten Thee.

23. I. Abends Temp. 27,6, Puls 84. Fleischbrühe per os.

Wegen Schlaflosigkeit in der letzten Nacht heute Phenacetin 1,0.

24. I. Gut geschlafen. Nach $^1/_6$ l Seifenwasserklysma schmerzloser, reichlicher Stuhl. Andauernd spontane Urinentleerung.

30. I. Bisher ziemlich regelmässiger weicher Stuhl. Alles gut, nur Puls in den letzten Tagen auffallend hoch: bis 120, heute jedoch ca. 90. — Fäden entfernt: Vollständige prima reunio der trockenen Bauchwunde, die durch das zu derben Bröckeln verbackene Dermatol sehr gut bedeckt war. Bauchdecken rechts leicht infiltrirt, etwas derber, doch nicht verfärbt, nicht druckempfindlich.

4. II. Pat. steht auf. Teuffel'sche Leibbinde.

12. II. Noch 3 Nähte nach Abfall des verkrusteten Dermatols entfernt.

18. II. Bauchnarbe tadellos. Infiltrat der Bauchdecken ganz geschwunden. Mit Teuffel'scher Leibbinde entlassen.

Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergab:

Fibromyom der Bauchdecken. Leider fehlen nähere Angaben über das mikroskopische Bild.

Auf meine Anfrage, wie es der Patientin gehe, ob neue Geschwülste eingetreten seien etc., teilt mir der Hausarzt mit, dass Patientin nach der Operation

sich vollständig wohl befunden habe bis auf den heutigen Tag und dass sie noch 4 mal, nämlich im Jahre 1893, 94, 96 und 1901 ohne jegliche Komplikation geboren habe. Interessant ist an dem Falle, dass Pat. angibt, sie habe während der ersten Schwangerschaft „sich verhoben", d. h. sie habe eine zu schwere Last gehoben und sich dabei innerlichen Schaden getan, so dass sie sofort Schmerzen an der Stelle, wo später die Geschwulst entstand, empfunden habe. Auch Ebner beschreibt einen Fall, wo sich eine Frau schwere Mehlsäcke aufladen liess und dabei plötzlich an der Stelle, wo später ein Fibrom auftrat, heftigen Schmerz verspürte. Bemerkenswert ist an unserm Falle, dass der Tumor erst im Verlaufe der 4. Schwangerschaft, 4 Jahre, nachdem sich Pat. verhoben hatte, plötzlich stark zu wachsen anfing und sich zugleich stärkere Beschwerden einstellten.

Fall II.

Frau K. E., 50 Jahre alt, Hauptbuch Nr. 2791, 1897. Patientin I para, war am 21. II. 95 wegen Myomen des Uterus laparotomirt worden. Im Frühjahr 1897 bemerkte sie links von der alten Narbe einen Tumor. Sie sucht daher am 31. V. die Klinik auf.

Status. Links von der alten Bauchnarbe und zum grossen Teil unter derselben liegt ein etwa faustgrosser, sehr unregelmässig gestalteter, etwas flacher und sehr harter Tumor, der an einer etwa 5 Mk.-Stück grossen Stelle die Haut perforirt hat und sich mit unregelmässigen Ausläufern ziemlich weit in der Fettschicht der Bauchdecken seitwärts erstreckt.

Operation: Die Geschwulst wird längs oval ziemlich ausgedehnt umschnitten. Bei dem Versuch, sie herauszuschälen, wird in dem oberen Teil die Bauchhöhle eröffnet und es zeigt sich, dass der Tumor mit

einem ziemlich bedeutenden Segment in die Bauchhöhle hineinragt und an seiner ganzen hinteren Fläche in ziemlich ausgedehnter Weise mit dem Netz verwachsen ist. Das Netz wird in verschiedenen Partieen abgebunden und der Tumor dann im wesentlichen aus der linken Bauchwand herausgeschält, der sich als sowohl von der linken, wie von der mittleren Fascie ausgehend erweist. Einige Verwachsungen des Netzes mit der vorderen Bauchwand werden gelöst. Bei der Austastung des kleinen Beckens zeigt sich dasselbe durch harte kleine Tumoren in ziemlich weitgehender Weise ausgefüllt. Schluss der Bauchwunden durch 5 tiefe Silberdrähte und 3fache Catgutnaht. — Jodoformcollodiumverband. Der Verlauf ist reaktionslos. Wunde heilt per primam. Pat. am 1. VII. 97 geheilt entlassen.

Fall III.

Frau F. S., 26 J., Journal Nr. 495, 1903.

Patientin, I para, hat vor einem Vierteljahre entbunden. Im Anschlusse an die Geburt bemerkte sie eine etwa nussgrosse Geschwulst am Unterleib links, etwa handbreit vom Nabel entfernt. Die Geschwulst ist durch die Haut gut durchzufühlen. Ihre Konsistenz ist hart, die Beweglichkeit eine nur beschränkte, beim Anspannen und Entspannen der Muskulatur unveränderte. Der Sitz der Geschwulst wird demnach in der Fascie angenommen.

Operation am 15. X. 03. Längsschnitt über der Geschwulst. Der Tumor zeigt sich breit und untrennbar mit dem oberflächlichen Blatt der Fascie verbunden, so dass das betreffende Stück Fascie mit dem Tumor exstirpirt werden muss. Der unterliegende Muskel kann leicht abgetrennt werden, da einige

spritzende Gefässe, von denen die Geschwulst besonders versorgt wird, müssen unterbunden werden. Darnach Schluss der Fascie und dann der Bauchhaut durch fortlaufende Catgutnaht.

Am Abend spontanes Wasserlassen. Pat. klagt sehr über Schmerzen in der Wunde.

16. X. Schmerzen lassen nach, subjektives Wohlbefinden, keine Schmerzen mehr.

18.—24. X. unverändert.

25. X. Verbandwechsel. Bauchwunde vollständig geheilt. Keine Rötung und Schwellung vorhanden. Nur an Stelle der Geschwulst eine geringe, auf Druck nicht schmerzhafte Verdickung.

26. X. Geringe Schmerzen in der Wunde.

27. X. Vollständig schmerzfrei.

28. X. Ausser Bett; wird gut vertragen.

30. X. 1903 Entlassung.

Der kaum wallnussgrosse Tumor knirscht beim Durchschneiden.

Die mikroskopische Untersuchung ergibt im allgemeinen zellarmes, fibröses Gewebe. Kerne sind spärlich, nur in der Umgebung der in diesem Falle ziemlich starken Gefässlumina, sieht man einzelne kernreichere Gewebspartieen.

Diagnose: Reines Fibrom.

Was den weiteren Verlauf der Heilung anlangt, so teilt mir der Gatte der Patientin mit, dass sich seine Frau wohl fühlt und weitere Geschwülste nicht aufgetreten sind.

In vorliegenden Fällen handelt es sich bei Nr. 1 und 3 um fibröse Tumoren, während leider über Fall 2 keinerlei weitere Angaben über die Natur der Ge-

schwulst liegne vorund auch nachträglich keine Erhebungen mehr möglich waren.

Bezüglich der Anatomie der Fibrome im allgemeinen möchte ich erinnern, dass man nach Ziegler „Fibrom eine Geschwulst nennt, welche aus Bindegewebe besteht. Je nach der Beschaffenheit des Bindegewebes zeigt das Fibrom sehr verschiedene Konsistenz. Oft äusserst hart und zähe, unter dem Messer knirschend und auf der Schnittfläche ein weisses, sehnig glänzendes Gewebe zeigend, ist es in anderen Fällen weich anzufühlen, schlaff, die Schnittfläche mehr gleichmässig grauweiss und etwas durchscheinend. In noch anderen Fällen sind die einzelnen Bindegewebszüge zwar glänzend weiss, aber das Ganze hat ein mehr lockeres Gefüge, die Geschwulst ist daher schlaff. Zwischen harten und weichen Formen kommen die mannigfaltigsten Übergänge vor, und selbst innerhalb einer Geschwulst können die einzelnen Stellen eine verschiedene Beschaffenheit besitzen. Unter dem Mikroskope pflegen harte Formen meist grobfaserige, dicke Faserbündel als Hauptbestandteil zu zeigen, in welche mehr oder weniger zahlreiche Zellen eingesprengt liegen. In weniger derben Formen sind auch die Faserzüge feiner. Die weichen Formen der Fibrome, die eine leicht durchscheinende, grauweisse Schnittfläche zeigen, pflegen zahlreicher zu sein, so dass es gelingt, durch Zerzupfen zahlreiche schmale, spindelförmige Zellen (geschwärzte Kerne) zu isoliren. Die Fibrome entwickeln sich aus wuchernden Bindesubstanzstellen, und es lassen sich dementsprechend meist auch Stellen finden, die zahlreicher sind als die Hauptmasse des Gewebes, und an denen die Zellen nicht nur als schmale Spindeln sich präsentiren, sondern zum Teil auch als Rundzellen oder

als kürzere und dickere Spindeln oder wohl auch als Sternzellen. Fibrome kommen in allen Geweben vor, welche Bindegewebe in irgend einer Form enthalten. Häufig sind sie z. B. in den Nerven und in der Haut, im Periost, in den Fascien etc. Fibrome machen keine Metastasen, doch treten sie häufig multipel auf. Verderbenbringend werden die Fibrome nur durch ihre Grösse und ihren Sitz. Fibrome können verfetten, erweichen und zerfallen. Ihr Gefässreichtum ist sehr verschieden, bald gering, bald bedeutend.“ (Ziegler, Allgem. Pathologie.) Mit Blut versorgt werden die Fibrome von den Art. epigastr inferiores et superiores sowie von den Art. lumbales. Von den Fibromen der Bauchdecken bei Frauen ist entschieden die harte, derbe, unter dem Messer knirschende Form, welche auf der Schnittfläche ein weisses, sehnig glänzendes Gewebe zeigt, die häufigste. Für diese Form hat Sänger nach Joh. Müller's Vorgang die Bezeichnung „tumor fibrosus seu desmoides = „sehnige Fasergeschwulst“ oder kurzweg „Desmoid“ eingeführt.

Die Grösse der Tumoren ist sehr verschieden. Während die Ärzte aus der guten alten Zeit von wahren Monstren von 100 Pfund und darüber zu berichten wissen, kommen jetzt die Geschwülste doch frühzeitiger zur Operation, da der horror vor einer solchen, sowohl bei der leidenden Menschheit, als auch bei dem Operateur selbst infolge des heutigen Standes der Chirurgie und der Wundbehandlung geschwunden ist. Die Grösse der Fibrome schwankt zwischen der eines Hirsekorns bis zu der eines Manneskopfes und darüber. Von grösseren Tumoren finde ich erwähnt: Paget Tumor von 44, Rokitansky 34, Wyder 20, Solomka 18, Weinlechner 17, Weir 14, Glantenay u. Fresson 13, Brun 12, Wheeler 10,

Pstranski und Billroth von 9½ Pfd., Bireaud von 4700 g, Neugebauer von 9¼, Noirot, Fähnrich und Küster 9, Arduin 8, Coignet 6, Nicaise 5, Brohl von 4 Pfund u. s. w. Die Form des Fibroms ist verschieden. Sie kann eischeiben-, kegel-, pilz-, ja sogar in seltenen Fällen auch knollenförmig gestaltet sein.

Das Fibrom kann fettig, cystisch und schleimig entarten. Von verkalkten Desmoiden berichten Desprès (4½ kg schweres verkalktes Fibrolipom), Gauché (verkalktes Fibrosarkom), Kirmisson (Fibrome calcifié und Schauta (fast völlig verkalktes Fibrom), während eine Verknöcherung noch nicht beschrieben wurde.

Was die Ätiologie der Bauchwandfibrome angeht, so war diese von jeher ein vielumstrittenes Kapitel. Cohnheim hat die Theorie von der embryonalen Anlage für die Entstehung von Tumoren im allgemeinen aufgestellt und auch für die Bauchwanddesmoide im besonderen. Jedoch wird diese Theorie, wie Walbaum bemerkt, heute wohl von keinem Autor mehr als ätiologisches Moment angeführt, schon deshalb nicht, weil, wie Sänger, Frank, Heerdink, Pellowski, Ledderhose und andere ausführlich gezeigt haben, höchstens heterologe Geschwülste durch sie erklärt werden können, nicht aber homologe, die in ihrer Struktur mehr oder minder mit ihrem Mutterboden übereinstimmen, wie es ja bei den Desmoiden in ausgeprägter Weise der Fall ist. Cohnheim's „schüchterne Hypothese", wie er sie selbst genannt hat, ist daher heute verlassen, ebenso v. Esmarch's Annahme, dass hereditäre Syphilis eine Disposition zur Entstehung von Desmoiden schaffe, wie wohl über-

haupt mit Sicherheit feststeht, dass die Erblichkeit ganz und gar keine Rolle spielt. In der Literatur ist nur ein Fall zu finden, wo Desmoide gleichzeitig bei 2 Schwestern auftraten. (Doléris et Mangin.) Virchow und seine Anhänger legen besonders Gewicht auf den äusseren Reiz, erst in zweiter Linie auf eine lokale, angeborene oder erworbene Disposition. Umgekehrt betont Cohnheim, um nochmals auf ihn zurückzukommen, in erster Linie die örtliche Disposition und erst in zweiter Linie das Trauma. Nach Ansicht Cohnheim's beruht die lokale Disposition in einem Fehler der embryonalen Anlage, und zwar sind es versprengte embryonale Keime, durch deren Wucherungen die Neubildungen entstehen sollen. Billroth hingegen stellt die Theorie der allgemeinen Disposition des Organismus zur Geschwulstbildung auf. Nur wenn diese allgemeine Disposition vorhanden ist, kann nach seiner Ansicht durch ein Trauma eine Geschwulst entstehen. Pfeiffer bricht in seiner Monographie „die Desmoide der Bauchdecke und ihre Prognose“ (Beiträge zur klinischen Chirurgie, Band 24, Heft 2) eine Lanze für die Ribbert'sche Auffassung, welche im wesentlichen eine Modifikation und Erweiterung der Lehre Cohnheim's darstellt. Er sagt: Es wird embryonal oder postfötal der Keim zur Geschwulst gelegt, der durch kleine Traumen, die von aussen oder von innen (vielleicht durch den wachsenden Uterus etc.) die Bauchwand treffen, zu langsamerem oder rascherem Wachstum früher oder später angeregt wird.“

Alle diese Theorien haben ja etwas bestechendes und jede bis zu einem gewissen Grade eine Dosis Wahrscheinlichkeit für sich. Ohne mir ein Urteil über die Ansichten der zustehenden Autoritäten anmassen

zu wollen, möchte ich meinerseits zusammenfassend nur soviel bemerken, dass man doch vielfach geneigt ist, als ätiologisches Moment für die Entstehung der Bauchwandfibrome das Trauma anzunehmen. Die Ansichten der Autoren, die sich über dieses interessante, leider aber immer noch nicht gänzlich geklärte Kapitel verbreitet haben, stimmen auch wohl so ziemlich darin überein. Es herrscht allgemein heute die Anschauung, dass bei Frauen, die bereits geboren haben — und diese stellen das weitaus grösste Kontingent der von Desmoiden Betroffenen — während des Gebäraktes selbst infolge der körperlichen Anstrengung beim Pressen an einer Stelle in der hinteren Bauchwand eine mechanische Zerrung und Zerreissung des Gewebes mit nachfolgendem Blutaustritt erfolgt. Andere nehmen an, dass der in der Schwangerschaft wachsende Uterus eine mechanische Irritation der Bauchwand bedinge und einen chronischen Reiz, der als Trauma wirke, hervorrufe. Aus dem Blutextravasat im Muskel, dem Muskelhämatom Virchow's, entsteht „Muskelkallus", welcher bindegewebig degenerirt und zum Fibrom hypertrophirt. Dies ist die Ansicht von Herzog, der das Trauma in den Muskel verlegt, während Sänger eine Verletzung der sehnigen Gebilde der Bauchmuskulatur als ätiologisches Moment annimmt. Daher liesse sich auch erklären, dass das Gebiet des musc. rect. abdom., der beim Geburtsakte hauptsächlich in Anspruch genommen wird und dessen hintere Scheide vorzugsweise bei einem Insulte rupturirt, eine Prädilektionsstelle für Desmoide bildet. Dass ein Trauma mit Recht für die Entstehung von Desmoiden verantwortlich gemacht werden kann, erhellt auch daraus, dass einzelne Fälle von Desmoiden bei Männern beschrieben wurden, wo nach einem äusseren Insulte

wie Schlag vom Pferdehufe (Sklifossowski), Fall von der Leiter (Heerdink), nach einem Stoss gegen eine Tischkante (Fürst), nach einem Fusstritt gegen den Unterleib etc. Desmoide auftraten und zwar reine Fibrome. Auch bei einigen Nulliparen lässt sich eine frühere Contusion der Bauchdecken mit nachfolgendem Fibrom feststellen, z. B. (cf. Pfeiffer) nach Herniotomie oder Ovariotomie etc. (Lange, Le Dentu u. A.) oder in einer kleinen durch Schnallendruck einer Leibbinde, eines Säbelgurtes hervorgerufenen Narbe (Hassler, Küster).

Wir finden ferner bei Nulliparen Bauchwanddesmoide, wo wir kein anderes ätiologisches Moment verantwortlich machen können als den Druck, den ein intraabdominaler Tumor auf die hintere Bauchwand ausgeübt und so einen mechanischen Insult hervorgebracht hat. In einzelnen Fällen ist überhaupt kein ätiologisches Moment festzustellen. Für solche Fälle besitzt das Wort Cohnheim's, das er in seinem Lehrbuche (1877) ausspricht, noch heute Gültigkeit: Wenn es irgend ein Kapitel in unserer Wissenschaft gibt, das in völlige Dunkelheit gehüllt ist, so ist es die Ätiologie der Geschwülste. In den Fällen, wo ein Trauma vorliegt, dürfen wir jedoch einstweilen in demselben vielleicht die Entstehungsursache erblicken, sei es nun, dass eine direkte Contusion der Bauchdecken durch Stoss, Schlag, Fall und dergl. nachzuweisen ist, oder sei es, dass Rupturen, Dehnungen, Zerrungen während der Gravidität oder bei dem Gebärakte selbst zur Erklärung herangezogen werden dürfen. Darüber sind sich heute wohl alle Autoren einig, dass die Entstehung von Bauchwandfibromen bei Frauen in den meisten Fällen mit Schwangerschaft und Wochenbett innig zusammenhängt.

Topographie und Entwicklung.

Das Fibrom der Bauchdecken ist, wie bereits angedeutet, hauptsächlich eine Erkrankung der Frau, die geboren, oder noch besser gesagt, sogar schon öfters geboren hat. Faehnrich stellt eine Statistik auf, wonach in 92, 86% aller Fälle Frauen mit Desmoiden behaftet waren. Die Affektion wird die Frauen hauptsächlich in dem Alter befallen, in welchem sie ihre Bestimmung, Gattin und Mutter zu werden, erfüllen. Es dürfte also etwa das Alter von 20—35 Jahren in Betracht kommen, was die Statistik bestätigt. Es sind jedoch auch Fälle beobachtet worden, wo vor dem 20. Lebensjahre Geschwülste auftraten. (Faehnrich, Enstehung eines Fibroids bei 17 jähriger), ferner die Fälle von Abels, Freudenstein, Sonnenschein, Témoin u. A. Ebenso existiren Fälle, wo die Frauen das gebärfähige Alter hinter sich hatten, wie die von Rokitansky (46jährige), Schum (58jährige), Paget und Péan (60jährige) und Desprès (80jährige). Was nun den Boden anlangt, auf dem die Geschwulst entsteht, so sind es hauptsächlich die Fascien und Aponeurosen, die inscriptiones tendineae, kurz die bindegewebigen Teile der Bauchmuskulatur. Virchow hat schon 1857 darauf aufmerksam gemacht, dass bei Traumen der Bauchmuskulatur mit Vorliebe die hintere Rektusscheide rupturirt, welche auch, wie sämtliche Statistiken übereinstimmend angeben, tatsächlich am häufigsten den Boden für das Fibrom abgibt. Die Angaben der einzelnen Autoren über den Sitz an anderen Stellen, der vorderen Rektusscheide, der Fascie des musc. obl. ext. und int., der oberflächlichen und tiefen Fascie, der fascia transversa, der linea alba, den verschiedenen inscriptiones tendineae, schwanken dagegen sehr. Bei einigen Autoren habe ich die Be-

merkung gefunden, dass die Fibrome mit Vorliebe die rechte Bauchseite befallen, jedoch hat keiner derselben auch nur die geringste Andeutung gemacht, wie sich dies Vorkommnis erklären liesse. Ich bin geneigt, dieses Zusammentreffen als ein zufälliges, wenn auch auffallendes anzusehen, trotzdem ein Gewährmann nachdrücklich versichert, dies scheine doch mehr wie Zufall zu sein.

Weiter heben viele Autoren übereinstimmend hervor, dass die Tumoren die Tendenz haben, ihre Wachstumsrichtung nach vorn zu nehmen, ja sogar solche, die von den tiefen Schichten der Bauchwand ausgehen und von denen man daher um so mehr erwarten dürfte, dass sie in die Bauchhöhle wuchern würden. Sie wachsen alsdann zwischen den bedeckenden Muskeln hindurch und schieben dieselben nach rechts und links zur Seite. Das Wachstum nach vorn erklärt Walbaum damit, der positive Druck in der Leibeshöhle sowie die straffe Spannung der fascia transversa setzen der Entwicklung des Tumors einen grösseren Widerstand entgegen als die elastische Muskulatur, das Unterhautzellgewebe und die Haut, die doch schon infolge der verschiedenen Geburten, da wir es ja meist mit Mehrgebärenden zu tun haben, durch die wiederholten Dehnungen an Spannkraft verloren haben.

Ferner behauptete Nélaton schon 1862 und nach ihm noch andere Autoren bis auf die neueste Zeit, wiederholt (er spricht von 15—20 selbstbeobachteten Fällen) stiel- oder strangförmige Verbindungen der Bauchwanddesmoide mit den benachbarten Skeletteilen, den Rippen und besonders dem Becken beobachtet zu haben. Er bezeichnete letztere, als deren Lieblingssitz er die Ileocoecalgegend angibt, direkt als tumeurs fibreuses de la crête iliaque. Damals trat ihm Guyon

entgegen mit der Behauptung, diese strangförmigen Verwachsungen seien erst sekundär entstanden, indem der Stiel vom Tumor zur crista ossis ilei etc. hinübergewachscn sei, nicht aber sei der Tumor vom Darmbeinkamme aus entstanden. In neuerer Zeit wendet sich noch einmal Schou (Kopenhagen) auf Grund seiner Beobachtungen von über 30 Fällen gegen die Ansicht Nélaton's. Olshausen wie auch andere Autoren hat übrigens an seinem Material ebenfalls die Beobachtung gemacht, dass derartige Verwachsungen tatsächlich öfters bestehen und so rigide sein können, dass es nur unter Anwendung von Gewalt gelingt, diese Verwachsungen zu durchtrennen.. Olshausen sagt, dass diese Verbindung immer eine derartig feste gewesen sei, dass sie wenig für eine sekundäre gesprochen habe.

Was nun das Wachstum der Fibrome anbelangt, so ist dasselbe sehr verschieden. In den meisten Fällen wächst der Tumor recht langsam, in einigen auch wieder ganz rasch, worüber die verschiedenartigsten Beispiele in der Literatur zu finden sind. Nur darin stimmen fast alle Frauen überein, dass sie angeben, während der Gravidität sei der Tumor erheblich gewachsen. Verschiedene Autoren erklären diese Beobachtung mit dem während der Gravidität nach den Genitalien zu bestehenden affluxus sanguinis. Stillstand und Rückbildung sollen in ganz vereinzelten beobachtet worden sein. Die Menopause scheint auf das Wachstum der Tumoren keinen Einfluss auszuüben. Nach erfolgtem Partus pflegt der Tumor oft etwas langsamer zu wachsen als während der Gravidität. Gleichzeitiges Auftreten von zwei Tumoren beobachtete Spiegelberg, rechts von der linea alba ein Fibromyom, links ein Fibrom, Pinkurs, der bei

einer Patientin ein linksseitiges Fibrom entfernte und zu gleicher Zeit einen kleinen, sich ähnlich anzufühlenden Tumor auf der symmetrischen Stelle der anderen Seite sah. Loubry fand bei einer Patientin an der rechten Bauchseite ein eigrosses, an symmetrischer Stelle der anderen Seite ein mandelgrosses, mikroskopisch als solches diagnosticirtes Fibrom. Flaischlen entfernte bei einer Frau drei zu gleicher Zeit vorhandene Fibrome. Auch finden sich mehrere Fälle in der Literatur, in denen eine Entstehung der genannten Tumoren nach einander beobachtet wurde. Dittel-Wattmann entfernte nach der Exstirpation eines Fibroids der rechten Leistenbeuge 11 Jahre später eine gleiche Geschwulst der linken Seite. Ähnliche Fälle beobachteten Bodin, Guerrier, Hanks, Jaquet, Péraire, Pernhorst, Schum und andere.

Symptome.

Die Fibrome der Bauchdecken machen sehr oft lange Zeit, besonders solange sie noch klein sind, gar keine Symptome. Nur gelegentlich geben Frauen an, dass sie an der betreffenden Stelle anfallsweise vorübergehend ziehende oder stechende Schmerzen empfunden haben. Auch grössere Geschwülste machen öfters keine oder nur geringe Beschwerden. Die Frauen kommen daher manchmal nur aus dem Grunde zum Arzt, weil sie in der Gravidität, während der sie sich natürlich genauer beobachten, eine Wachstumszunahme des Tumors bemerken, wodurch sie beängstigt werden. Olshausen gibt an, dass er bei einem Falle, einem kleinen Fibrome, besondere Schmerzhaftigkeit gefunden habe. Dasselbe habe ich in einem unserer Fälle (Nr. 3) bestätigt gefunden, wo das noch nicht

wallnussgrosse Fibrom der Patientin starke Beschwerden verursachte und bei Berührung heftige Schmerzanfälle auslöste. Werden die Desmoide jedoch allmählich umfangreicher, so führen sie natürlich oft durch Druck auf die Organe des Unterleibs, auf Blase und Mastdarm, Störungen von seiten dieser Organe herbei. Sie können so gross werden, dass sie die Exkursionen des Zwerchfells hemmen und so die Respiration beeinträchtigen. Es sind ferner Fälle angegeben, wo sie durch Druck auf grosse Gefässe und lebenswichtige Organe direkt tötlich gewirkt haben. Beveridge beschreibt einen Fall, wo der Tumor die Blase und die Ileocoecalgefässe komprimirt und dadurch den exitus letalis herbeigeführt hat. Auf mässigen Druck sind die meisten Tumoren nicht empfindlich, wohl aber natürlich auf heftige Insulte. Bei dem gutartigen Charakter der Fibrome sind Schwellungen der benachbarten Lymphdrüsen ausgeschlossen.

Nicht unerwähnt soll bleiben, dass die über dem Tumor straff gespannte Haut durch Einwirkung mechanischer Momente (Scheuern der Kleidung) zerreissen und so den Boden für pyämische und septikämische Prozesse abgeben kann. Werden auch noch grössere Gefässe, welche die Tumoren versorgen, arrodirt, so können lebensgefährliche Blutungen eintreten.

Die Kranken sehen gewöhnlich ganz gut aus und bieten nie das Bild der Kachexie, solange es sich nur um Auftreten der gutartigen Fibrome handelt, ein Umstand, der gelegentlich differentialdiagnostisch von Wert sein kann. Auch sonst sind die Kranken in den Funktionen der einzelnen Organe, besonders der Genitalien, nicht behindert. Nur selten gibt eine Patientin an, dass sie während der Menstruation in der Geschwulst Schmerzen verspürt hat.

Es drängt sich uns nun eine wichtige Frage auf: Welchen Einfluss hat der Tumor auf den normalen Verlauf der Schwangerschaft und Geburt? Von vielen Fällen wird berichtet, dass der Tumor trotz beträchtlicher Grösse (Faehnrich, Tumor von $4^1/_4$ kg) keine Störung im Allgemeinbefinden wie auch während der Geburt selbst verursacht hat, während wieder Fälle bekannt sind, wo Abort und sonstige Komplikationen eintraten. So berichtet Fantani von einem Tumor, welcher im 4. Monat der Schwangerschaft durch Verdrängung des Uterus einen Abort veranlasst hat. Nach meiner Ansicht wird es ja nach Grösse und Sitz des Tumors verschieden sein, ob derselbe eine Komplikation darstellt oder nicht. Darnach wird der Operateur auch von Fall zu Fall sein Verhalten richten müssen.

Diagnose.

Liegen die Tumoren oberflächlich und sind sie noch nicht sehr gross, so wird die Diagnose in den meisten Fällen keine Schwierigkeit bieten. Die Anamnese ob Traumen, Geburten vorhergingen, wird uns schon in manchen Fällen Anhaltspunkte liefern. Gibt die Patientin schliesslich auch noch an, dass der Tumor zuerst langsam, während der Schwangerschaft aber womöglich rapid gewachsen sei, so dürfen wir schon beinahe die Diagnose auf einen tumor desmoides stellen. Bei Betrachtung der Bauchdecken fällt uns gewöhnlich eine umschriebene, prominirende Geschwulst in die Augen, welcher die respiratorischen Bewegungen des Zwergfells nicht mitmacht, wodurch wir erfahrungsgemäss einen Zusammenhang des Tumors mit der Leber von vornherein ausschliessen dürfen. Die Geschwulst lässst sich gegen das umgebende Gewebe in der Regel gut abgrenzen und be-

sitzt meist eine glatte, manchmal jedoch auch etwas unebene oder höckerige Oberfläche. Die Consistenz des Tumors ist für gewöhnlich eine derbe. Bei einigermassen schlaffen Bauchdecken ist die Geschwulst mehr oder weniger auf ihrer Unterlage verschieblich. Liegt der Tumor unter der Muskulatur, so erscheint er bei Anspannung der Muskulatur abgeplattet und lässt sich nicht mehr so leicht angreifen. Springt er jedoch bei der Anspannung schärfer hervor, so liegt er grösstenteils vor der Muskulatur. Eine Verwachsung des Tumors mit der Haut lässt sich dadurch konstatiren, dass alsdann die Haut über demselben nicht verschieblich ist. Die Perkussion ergibt natürlich vollkommene Dämpfung im Bereiche des Tumors. Tympanitischer Schall würde für eine Hernie sprechen. Durch die rectale und vaginale, bezw. auch kombinirte Untersuchung können wir feststellen, ob ein Zusammenhang mit den Organen des kleinen Beckens besteht. Ob dagegen eine Verwachsung der Geschwulst mit dem Peritoneum vorhanden ist oder nicht, lässt sich nie mit Bestimmtheit voraussagen, da man schon öfters bei einem anscheinend ganz oberflächlich sitzenden Tumor im Verlaufe der Operation plötzlich bemerkte, dass derselbe mit einem Stiele oder auch mit breiter Basis in die Bauchhöhle hineinragte und mit dem Bauchfell verwachsen war. Doch sind den gewiegtesten Diagnostikern, besonders wenn es sich um in die Bauchhöhle prominirende Geschwülste handelte, schon öfters Irrtümer unterlaufen, was auch nichts besagen will, da der Operateur in solchen Fällen sich stets für eine Laparotomie eingerichtet haben wird.

Die Differentialdiagnose, auf die ich, da über dieses Kapitel schon so viel in Dissertationen und Originalabhandlungen mitgeteilt wurde, hier nicht aber-

mals näher eingehen möchte, hat auszuschliessen: Haematome, Abscesse, Gummata, Aktinomykose, Tuberculose, Lipome, Sarkome, Echinococcuscysten, Hernien, abgekapselte Exsudate, Carcinome, Tumoren des Nabels, der Leber, der Nieren und Nebennieren, der Milz, des Darmes (Carcinome und Kotgeschwülste), des Netzes und der Genitalorgane.

Prognose.

Die Fibrome der Bauchwand sind als gutartige Neubildungen zu betrachten. Sie machen keine Metastasen, noch rufen sie Kachexie hervor. Insoferne sind sie, klinisch betrachtet, nicht ganz formlos, als man von ihnen keine Rückbildung erwarten darf und Stillstand nur selten beobachtet wird. Auch werden sie, wie bereits erwähnt, je nach Lage und Sitz lebensgefährlich durch Druck auf grosse Gefässe und lebenswichtige Organe. Die Fibrome können, was jedoch von Humbert-Molières und anderen direkt verneint wird, selbst wenn Reste der Geschwulst zurückgelassen wurden, wie es besonders in der vorantiseptischen Zeit öfters geschah, recidiviren, worüber uns Cornils, Doléris, v. Esmarch, Marc Lée, Reclus und andere berichten. Lagen überhaupt Fälle von Recidiven vor, so wurde dann, was die sonst so günstige Prognose trübt, allerdings häufig die Wahrnehmung gemacht, dass solche malignen Charakter annahmen. In unseren Fällen waren die Kranken ohne Recidiv geblieben, ja von Fall I berichtete mir der Hausarzt, die Operirte habe noch 4 mal geboren, ohne dass Komplikationen irgend welcher Art aufgetreten sind.

Therapie.

Die Therapie besteht in der Operation und zwar in der Radikaloperation; denn wenn es auch Fälle

geben mag, wo nach Zurücklassung von Geschwulstresten kein Recidiv eintrat, so wird man sich doch lieber nicht dieser Eventualität aussetzen, zumal wir uns bei dem heutigen Stande der Asepsis nicht mehr zu scheuen brauchen, das Bauchfell zu eröffnen und gegebenen Falls zu reseiren. Ich erinnere nur daran, wie oft der Operateur eine Probelaparotomie macht, um eine etwas schwankende Diagnose zu stützen und zu befestigen. Was nun die Indikation zur Operation anlangt, so wird man gut daran tun, sich den Grundsatz anzueignen: Je eher, desto besser. Schwieriger gestaltet sich schon die Frage bei einer Schwangeren, besonders wenn sie sich bereits in der 2. Hälfte der Schwangerschaft befindet. Der Operateur wird dann je nach dem Sitze und der Grösse der Geschwulst, resp. den Beschwerden, welche selbige macht, von Fall zu Fall zu entscheiden haben, wenn der Zeitpunkt zum Eingriffe gekommen ist. Ist es so weit gekommen, tut der Operateur gut, sich für alle Fälle zur Laparotomie vorzubereiten. Die Entfernung kleiner Fibrome gelingt gewöhnlich leicht, grössere können dagegen schon mehr Arbeit machen. Auf die verschiedenen Methoden einzugehen, halte ich für unangebracht, da sich ja doch jeder Operateur seine eigene Operationstechnik bildet. Das Hauptaugenmerk ist bei der Operation zu richten auf eine totale Ausschälung der Geschwulst von dem umgebenden Gewebe, Beherrschung der Blutung, auf sorgfältige Deckung eines eventuellen Defektes im Bauchfell und eine gute Versorgung der Operationswunde überhaupt. Als geschichtlich interessant möchte ich hier einschalten, dass v. Esmarch's erste Operation unter Berücksichtigung der Antisepsis in der Entfernung eines Bauchdeckenfibroms mit ziemlich grossem Defekte des Bauchfells bestand. Die

Wunde wird nach den allgemein geltenden Grundsätzen der Chirurgie behandelt. Nach erfolgter Heilung wird man, wie üblich, einige Zeit eine Leibbinde tragen lassen.

Fassen wir nun zum Schlusse unsere Ansicht über die Fibrome zusammen, so dürfen wir annehmen, dass das ätiologische Moment im Trauma zu suchen ist. Sie sind als gutartig zu betrachten und stösst ihre Entfernung nur selten auf Schwierigkeit, so dass ihre Prognose in der Mehrzahl der Fälle als günstig bezeichnet werden darf.

Ferner finden sich im Gebiete der vorderen Bauchwand an Geschwülsten aus der Bindegewebsreihe auch Lipome und Sarkome. Die Lipome, welche aus dem subkutanen, intramuskulären oder präperitonalen Fettgewebe entstehen können, zeigen teils eine umschriebene, teils diffuse Wucherung. Sie sind meist von knolligem, lappigem Bau und treten nicht selten multipel auf. Sie sind gutartig und machen nur bei enormer Grösse stärkere Beschwerden. Abdel-Fatta Fahme berichtet von einem 7 kg schweren, bis zum Knie herabreichenden Bauchdeckenlipom bei einer 30jährigen egyptischen Bäuerin. Die Therapie besteht auch hier in der operativen Entfernung der Geschwulst. In hiesiger Klinik kam ebenfalls ein Fall zur Beobachtung. M. E., ledige Näherin, 21 Jahre alt, aus G. Beginn der jetzigen Erkrankung seit 7 Jahren. Damals bildete sich auf der linken Bauchseite eine Geschwulst, die im Laufe der Zeit an Grösse immer mehr zunahm und Patientin bei ihrer sitzenden Lebensweise erheblich genirte. Schmerzen bestehen nicht.

Befund: Die ganze linke Hälfte des Abdomens nach vorne und seitlich mehr ausgebuchtet wie die

rechte und gegen die Inguinalbeuge steil abfallend. Über dem l. Hypogastrium in der vorderen Axillarlinie sitzt ein rhombischer, mit einzelnen dunkleren Hervorragungen besetzter brandroter Fleck. In der Haut der linken Abdominalhälfte findet sich eine undeutliche begrenzte, etwa 25 cm lange und 12 cm breite Geschwulst. Die Geschwulst ist mit der Haut verwachsen, teilweise derb-weich, teilweise knollighart und an diesen Knollen empfindlich. Sie lässt sich mit der Hand umgreifen und etwas mit der Bauchwand aufheben. Pat. wurde in die chirurgische Klinik verlegt und dort operirt. Aus der mir von Herrn Geheimrat Schönborn freundlichst zur Verfügung gestellten Krankengeschichte ist kurz zu entnehmen, dass bei der Operation sich zeigte, dass der musc. obl. ext. an der Vorderseite des Abdomens vollständig in der Geschwulst aufgegangen ist, lateral sich jedoch erhalten zeigt. Venöse Geflechte überziehen die ganze Geschwulst. Starke Blutung aus mächtig entwickelten Venen. Die Lipommassen werden abgetragen. Blutstillung. Verband.

Diagnose: Angiolipoma reg. hypogastr. sin.

Über die weiteren Schicksale der Patientin liess sich nichts feststellen.

Nicht so harmlos wie die oben beschriebenen Geschwülste sind die Sarkome. Reine Sarkome scheinen seltener zu sein als Mischgeschwülste, namentlich Fibrosarkome, welche insoferne noch nicht so gefährlich sind als sie nicht so leicht Metastasen bilden wie die reinsarkomatösen und darunter wieder besonders die weichen Formen, welche auch rascher wachsen und grössere Beschwerden machen. Die Sarkome der Muskeln und Fascien sind vorzugsweise

eine Erkrankung der Frauen, während die Sarkome der Bauchhaut meist bei männlichen Individuen vorkommen. Nach Ledderhose unterscheiden sich die Sarkome der Bauchhaut von denen der tieferen Schichten dadurch, dass erstere grössere Neigung zu lokalen Recidiven und zu Metastasenbildung in anderen Organen besitzen. Von den verschiedenen hier vorkommenden Sarkomformen ist das bösartige Melanosarkom recht häufig. Die reinen Formen der Sarkome (Spindelzell- und kleine Rundzellenform (stellen eine immerhin gefährliche, nicht allzu seltene Erkrankung dar, da sie selbst nach mehreren Jahren und trotz sorgfältigster Entfernung gerne recidiviren. Was die Ätiologie der Sarkome anbelangt, so entwickelt sich ein Teil derselben bereits in der Embryonalzeit, ein anderer Teil verdankt traumatischen Einflüssen seine Entstehung. In der Literatur über Sarkome finden wir auch Belege für beide ätiologische Momente angegeben. Was die Häufigkeit der Sarkome der Bauchdecken angeht, so sind die Angaben der einzelnen Autoren im allgemeinen dahin gehend, dass die Sarkome doch bedeutend seltener auftreten als die Fibrome, von welchen Sänger behauptet, dass sie $^6/_7$ aller Bauchdeckengeschwülste ausmachen. Olshausen wendet sich daher auch in einem Vortrage über Bauchdeckengeschwülste gegen Ledderhose, der in seiner Statistik unter 100 Bauchwandtumoren 18 Sarkome verzeichnet. Olshausen glaubt auf Grund seiner Statistik und der anderer annehmen zu dürfen, dass diese Zahl doch wohl zu hoch gegriffen sei. Er vermutet, dass Ledderhose sich durch gelegentlich auch einmal häufiger auftretende spindel- oder rundzellenähnliche Elemente verführen liess, Sarkom zu diagnosticiren, wo ein „noch gutartiger“ Tumor vorlag.

Die Therapie besteht auch hier in möglichst sorgfältiger Entfernung des Tumors. Leider ist die Prognose nicht so günstig wie bei den erwähnten Geschwülsten der Bauchdecken, da zur Zeit der Operation womöglich schon Metastasenbildung stattgefunden hat, andererseits aber stets das Gespenst des Recidivs droht.

In hiesiger Klinik kam Sarkom der Bauchwand nicht zur Beobachtung.

Von den Geschwülsten aus der Bindegewebsreihe kommt in den Bauchdecken noch das Myxom oder eigentlich fast nur seine Mischformen vor; denn reines Myxom der Bauchdecken ist nur einmal (von Graf aus der chirurgischen Klinik von Rosenberger, Würzburg) beschrieben worden. Soviel über die „desmoiden" Geschwülste der Bauchdecken.

Von sonstigen Tumoren der Bauchdecken wären, wenn wir von den Geschwülsten des Nabels und Nabelganges absehen, noch einige atypische Kuriositäten zu erwähnen, so Atherome, die sich ausnahmsweise als Sitz die Bauchdecken gewählt haben, ferner Hautcarcinome (sehr selten), ausserdem Cysten aller Art, besonders Echinococcuscysten. Häufiger treten in den Bauchdecken Abscesse auf und zwar solche traumatischer, tuberkulöser oder actinomykotischer Natur. Die Anamnese und die mikroskopische Untersuchung des eventuell durch Probepunktion erhaltenen Abscesseiters wird in den meisten Fällen eine sichere Diagnose ermöglichen. Auch in hiesiger Klinik kam eine merkwürdige Bauchdeckenaffektion zur Beobachtung, die unter dem Bilde einer „interstitiellen Muskel- und Fascienentzündung verlief. Es handelte sich um folgenden Fall:

Frau R. W., 50 Jahre alt, 1903, Hauptbuch Nr. 5376. Anamnese: VIII. para, Eltern gestorben, Vater an Hernie, Mutter an Herzschwäche, 1 gesunder Bruder. Als Kind war Pat. nie krank. Mit 23 Jahren Lungenentzündung. Erste Periode mit 16 Jahren, stets regelmässig, schwach, schmerzlos. 5 Kinder leben und sind gesund, 2 gestorben an Kinderkrankheiten, 1 Abort während der Lungenentzündung. Seit November verflossenen Jahres zeitweise Schmerzen im Leibe und in der rechten Seite, welche Pat. veranlassen, die Klinik aufzusuchen.

Befund: Portio tiefstehend, Uterus vollkommen retroflektirt, nicht nennenswert vergrössert. Auf der rechten Seite des Abdomens dicht unter den Bauchdecken liegend eine etwas längliche, kleinfaustgrosse harte Geschwulst, die gegen die Bauchwand selbst nicht verschieblich ist. Bei Druck zieht sich die Bauchwand mit ein. Nach dem oberen Symphysenrand zu fühlt man eine Art Stiel; keine Schmerzen.

Operation: Schnitt in der Linea alba, etwa 3 Querfingerbreit durch die Bauchhaut und Fascie, die schon ziemlich schwierig von der Oberfläche der harten Geschwulst abgegrenzt wird. Beim Versuch der Ablösung von der Umgebung reisst das Peritoneum ein und es zeigt sich nun, dass an dieser Stelle eine Darmschlinge mit einem sehr stark infiltrirten Teile des Netzes in fast Handflächenausdehnung der Bauchwand und hier ausserordentlich fest und fast untrennbar anliegt. Die Darmwand selbst erscheint normal und nicht verändert, nur an der Stelle der Verwachsung wie das Netz selbst ausserordentlich infiltrirt. Beim Versuch der Ablösung gelingt dieselbe, wenn auch sehr mühsam und schrittweise, nur an einer Stelle, mehr oben und rechts, wo es besonders verwachsen

war, ziemlich plötzlich, ebenso dann von dem Rest der übrige Teil der vorderen Bauchwand und es erweist sich die ganze Masse im wesentlichen als ein Stück des colon transversum, welches mit dem rechten unteren Leberrand an dem Netz mit einem derben festen Knoten verbunden ist. Versuche, eine stärker blutende Stelle zu umstechen, misslingen, da die Fäden ohne weiteres durchschneiden. Das wegen leichte Verschorfung mit dem Paquelin. Nach der Resektion des stark infiltrirten unteren Teiles des rechten musculus rectus und des darüber befindlichen Bauchfells wird dann die Bauchwunde mit einer Reihe tiefgreifender Seidennähte geschlossen, nachdem vorher die Fascie durch eine fortlaufende Catgutnaht vereinigt war. Der obere Teil der Wunde bleibt offen, nachdem vorher versucht war, die ganze Verwachsungsstelle des Darms mit der Leber mit einigen Catgutnähten mit dem Peritoneum der Bauchhaut zu vereinigen und dadurch abzukapseln. In die bleibende, etwas blutende und secernirende Wunde wird nach Bedeckung der unteren Teile der Bauchwand in der gewöhnlichen Weise Gaze eingeführt. Aus der Tiefe der Wunde entleerte sich schon während der Operation in geringen Mengen eine gelblich-dünne Flüssigkeit — augenscheinlich Galle — obgleich die Gallenblase von der Operationsstelle ziemlich weit entfernt zu liegen scheint.

18. IV. 03. Verbandwechsel. Sehr starke Sekretion, stark gallig gefärbt. Die Fistel schliesst sich ziemlich im Laufe der nächsten Zeit.

6. V. 03. Ausser Bett.

11. V. 03. Bauchwunde ziemlich glatt. Am oberen Ende noch etwas geöffnet. Ätzung mit Arg. nitr.

15. V. 03. Entlassung.

13. IX. 03. Vorstellung. Narbe vollkommen lineär und glatt. Im oberen Teile eine kleine Verbreiterung und strahlige Einziehung, bes. auf der rechten Seite. Eine Fistel ist nicht zu sehen. Pat. gibt an, dass sich ca. alle 8 Tage eine Blase vorwölbe, die sich entweder von selbst öffne oder die sie mit Nadelstich öffne. Dann fliesse eine bräunliche Flüssigkeit einige Tage lang aus.

Die Untersuchung des entfernten Gewebes ergab, dass es sich um eine derbe bindegewebige Masse handelte, welche mit kleinen Eiterherden durchsetzt war. Es handelte sich um typischen Abscesseiter. Differentialdiagnostisch wären hier Abscesse tuberkulöser oder actinomykotischer Provenienz in Betracht zu ziehen. Für eine Actinomykose der Bauchdecken liess sich weder anamnestisch noch mikroskopisch ein Beleg finden; denn ein derartiger Process pflegt seinen Ausgang gewöhnlich von einer Actinomykose des Verdauungstraktus aus zu nehmen, wofür alle Anhaltspunkte fehlen. Ebenso darf eine tuberkulöse Natur der Affektion ausgeschlossen werden, da Pat. absolut keine Symptome einer tuberkulösen Erkrankung anderer Organe zeigt, auch Tuberkelbazillen im Abscess weiter nicht nachgewiesen wurden. Es könnte sich schliesslich um vereiternde Gummigeschwülste gehandelt haben, aber auch dies darf mit ziemlicher Sicherheit verneint werden, da die Anamnese keinerlei Anhaltspunkte einer früheren Lues bietet. Zu einem abschliessenden Urteil über die Natur der Infektion bin ich nicht gekommen. In der Literatur finde ich einen ähnlichen Fall angeführt, der aber als eitrige Einschmelzung eines Bauchdeckendesmoids rubricirt wird. Pellowski berichtet: „40jähr. Frau. Seit 6 Monaten bestehende 18 cm lange, 14 cm breite und ca.

6 cm tiefe Geschwulst der Bauchdecken der rechten Seite nahe der Mittellinie; der harte Tumor zeigt eine überall glatte Oberfläche, ist mässig nach oben und unten beweglich und besitzt einen derben Stiel zur Symphyse. Die Haut über der Geschwulst ist ödematös. Bei der Exstirpation des mit der Haut nicht verwachsenen Tumors finden sich in der Tiefe Verklebungen mit dem Peritoneum, dem Netz und Darm, so dass die Ablösung nur schwierig gelingt. Makroskopisch findet sich in der Mitte des derben bindegewebigen Tumors eine 5 cm im Durchmesser betragende, mit verfettetem Eiter gefüllte Höhle, in deren Umgebung noch weitere derartige kleine Höhlen sich finden. Der Inhalt besteht aus Eiterzellen und spärlichen roten Blutkörperchen."

Pfeiffer, der diesen Fall ebenfalls citirt, bemerkt, dass die Möglichkeit, hier habe nicht die erwähnte Veränderung, nämlich Vereiterung eines Fibroms, sondern ein alter von Bindegewebsschwielen umgebener Abscess unbekannten Ursprungs vorgelegen, nicht von der Hand zu weisen sei. Es fragt sich eben dann nur wie auch in dem von mir mitgeteilten Fall, welcher Art dieser „unbekannte Ursprung" gewesen sein wird. Schliesslich möchte ich noch einige Raritäten von Bauchwandtumoren aus der Literatur anführen. Menge berichtet von einem Gallertcarcinom der Bauchwand, vom Peritoneum ausgehend, Hartz von einem Cystadenom der hinteren Bauchwand bei einer 34jährigen virgo, aus Überresten des Wolff'schen Körpers entstanden, Roberts von einem papillären Cystadenom der Bauchwand, wo der Tumor in einer durch Ovariotomie gesetzten Bauchnarbe entstand und mikroskopisch einer Ovarialgeschwulst glich. Ebenso erwähnen

Olshausen, Schauta und andere Bauchdeckenmetastasen resp. Impfrecidiv nach Ovariotomie in der entstandenen Narbe. Doch es würde zu weit führen, näher auf derartige Fälle einzugehen.

Zum Schlusse spreche ich in Erfüllung einer angenehmen Pflicht Herrn Geheimrat Prof. Dr. Hofmeier für die Anregung zu vorliegender Arbeit meinen herzlichsten Dank aus.

Literatur.

Abels, Über Geschwülste der Bauchdecken. Diss. Bonn 1902.

Barnard, Tumour of abdominal wall. British. med. Journal. May 3.

Barraud, Des tumeurs fibreuses péripelviennes chez les femmes. Annal. de Gynéc. et d'Obstét. 1888. Janvier p. 30.

Baszynski, Über die Fibrome der Bauchdecken. Diss. Freiburg i. Br. 1901.

Bodenstein, Über Desmoide der Bauchwand. Münch. med. Wochenschrift 1892, Nr. 1.

Brohl, Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. XV., H. 2.

Caubet, Fibrome de la paroi abdominale. Soc. anat. 25 Juill. Presse méd. 2. Août.

Coignet, Bauchdeckenfibrom. Arch. prov. de chir. 1893, Nr. 9.

Doléris et Mangin, Fibro-myome de la paroi abdominale récidivé. La Gynécologie. Paris Nr. 3, pag. 230.

Doran, Case of fibro-sarcoma or „desmoid growth" of de abdominal wall. Med. Transact. XIV. 1892.

Doran, Fibroma of the abdominal wall, increase during pregnancy. Transact. obst. Soc. London. Vol. XXXIX. p. 42.

Dudley, Fibro-sarcoma of the abdominal wall. Tr. Chicago. Gyn. Soc. Amer. Gyn. Obst. Journ. N. Y. Vol. VIII.

Duplay, Fibrome de la paroi abdominale. Presse méd. 1899. Nov. 29.

Durant, Über maligne Tumoren der Bauchwand. Diss. Lyon 1902.

Edebohls, Cystosarcoma papillomatosum of the abdominal wall. Americ. Gyn. Obst. Journ. N. Y. Vol. VIII. p. 789.

Elischer, Sarcoma subfasciale esete. Közkornazi Orvostarsulat. Mai 29.

Elischer, Fibrosarcoma fasciae abdom. externae. Orvosi Hetilap. Nr. 8.

Faehnrich, Beitrag zur Kenntnis der typischen Bauchdeckenfibrome. Diss. Breslau 1901.

Fahmy, Abdel-Fatta. A large lipoma of the abdominal wall, removal, rapid recovery. British. med. Journ. pag. 459. 1899.

Fleischmann, Desmoider Tumor der vorderen Bauchwand. Centralbl. f. Gyn. 1903. Nr. 47.

Freudenstein, Über Geschwülste der Bauchdecken. Diss. Marburg 1893.

Fürst, Zur Casuistik der Bauchdeckentumoren. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XIV. p. 413.

Füth, Kurze Bemerkungen zu den Bauchdeckendesmoiden. Centralbl. f. Gyn. 1901. Nr. 14.

Graf, Über Geschwülste, spec. über ein Myxom der vorderen Bauchwand. I. D. Würzburg 1888.

Gross, Fibrome de la paroi abdominale. Bull. méd. 1900. Mars 31.

Hagemann, Über Tumoren der Bauchdecken. Diss. Halle 1903.

Hammond, Cyst of the abdominal wall: report of a case. Amer. Gyn. Obst. Journ. Vol. XVII. Nr. 2, pag. 112.

Hartz, Cystadenom. Frommels Jahresbericht 1899, S. 113.

Homans, Removal of a large fibroma from the right transversalis fascia and Peritoneum by Laparotomy; Recovery. Amer. Journ. of obst. Vol. 21, p. 156.

Ill, Tumors of the abdominal wall. Amer. Journ. obst. N. Y. 1892. Bd. XXVI., p. 643, 818.

Kelly, A case of Sarcoma. Trans. of the obst. Soc. of Phil. Am. Journ. of obst. Vol. XX., p. 65.

Kramer, Beitrag zur Ätiologie und Operation der desmoiden Geschwülste der Bauchwand. Arch. f. klin. Chirurgie Bd. LII., pag. 34.

Krecke, Desmoid der Bauchdecken. Geb. gyn. Gesellschaft in München. Monatschrift. Vol. IX., p. 551.

Küstner, Über Bauchdeckenfibrome. Diss. Halle 1891.

Labbé et Remy, Traité des fibromes de la paroi abdom. Paris 1888.

Lange, Über Bauchdeckenfibrome. Diss. Berlin 1890.

Le Beck, Gaz. des hôp. 1888. p. 211.

Ledderhose, Die chir. Erkrankungen der Bauchdecken und die chir. Erkr. der Milz. Deutsche Chir. v. Billroth und Luecke. Lief. 45 b.

Le Dentu, Fibrome de la paroi abdominale, développé dans la cicatrice d'une ancienne ovariotomie. Bull. et mém. soc. de chir. Paris 1890. p. 134.

Loubry, Die Fibrome der Bauchwand. Thèse de Lille.

Malherbe, Myxo-sarcome de la paroi abdominale. Bull. soc. anat. de Nantes. Paris 1890. p. 115.

Manton, Fibrom der Bauchwand. Jour. Gynéc. Toledo. 1891. p. 75.

Marchand, Fibrome volumineux de la paroi abdominale. Bull. et. mém. de la Soc. de Chir. t. XIV., p. 659.

Mayet, Fibrome de la région inguinale droite, Gaz. méd. de Paris 1891. Nr. 20.

Menge, Verhandlungen der Ges. f. Geburtsh. Centralbl. d. Gyn. Nr. XVI., 442.

Miller, Fibroma of the abdominal wall. Med. Record. Jure 24.

Morestin, Fibrome de la paroi abdom. Soc. anat. de Paris 1899. Mai.

Olshausen, Über Bauchwandtumoren, speciell über Desmoide. Zeitschrift für Geb. und Gyn. 1899. Bd. XLI. H. 2. S. 271.

Pellowsky, Zur Kasuistik der Bauchdeckengeschwülste. Diss. Greifswald 1899.

Péraire, Fibrom de la région lombaire. Bull. soc. anat. Mai 1902.

Pernhorst, Über desmoide Geschwülste der Bauchdeken. Diss. Kiel 1894.

Peterson, Large recurrent fibrosarcoma of the abdom. wall. Amer. Journ. of obstetr.

Pfeiffer, Die Desmoide der Bauchdecken und ihre Prognose. Beitr. zur klin. Chirurgie. Band 44, Heft 2.

Pinkuss, Centralblatt für Gyn. 1899, S. 985. 1901, S. 50, 1902, S. 733.

Pstrokowski, Zur Kasuistik der Fibrome der vorderen Bauchwand. Gazeta lekarska Nr. 10.

Pyrlides, Diss. Würzburg 1891.

Rück, Ein Fall von Bauchdeckendesmoid bei einem Mann. Diss. München 1902.

Sänger, Über desmoide Geschwülste der Bauchwand und deren Operation. Arch. f. Gyn. 1884.

Sänger, Zwei weitere Fälle von Desmoiden der Banchwand. Centralblatt f. Gyn. 1885.

Schauta, Zur Kasuistik der Desmoide der Bauchdecken. Allg. Wien. med. Zeitung 1892, S. 252.

Schidkowski, Diss. Berlin 1903.

Schum, Zur Kasuistik der Bauchdeckentumoren. Diss. München 1891.

Schou, Om de desmoide Soulster i den blöde Bugvags muskuloaponeurotiske Lag. Diss. Kopenhagen 1902.

Sonnenschein, Über Tumoren der Bauchdecken und Baucheingeweide. Diss. Bonn 1900.

Stanulla, Über Bauchdeckenfibrome. Diss. Greifswald 1893.

Suadicani, Über Geschwülste in den Bauchdecken und deren Exstirpation. Diss. Kiel 1875.

Walbaum, Über Desmoide der Bauchdecken. Diss. Bonn 1897.

Weil, Über die Desmoide der Bauchdecken. Diss. Freiburg 1898.

Westphal, Über Bauchdeckenfibrome. Diss. Greifswald 1892.

Zickendraht, Diss. Leipzig 1895.

Lebenslauf.

Verfasser, Karl Seyb, geb. zu St. Ingbert in der Rheinpfalz am 27. August 1876, besuchte zuerst die Volksschule und das Progymnasium seiner Vaterstadt, sodann das Gymnasium zu Neustadt an der Haardt, welches er 1895 absolvirte. Das tentamen physicum bestand er zu Würzburg, woselbst er die ersten fünf Semester studirte. Im sechsten Semester studirte er in Kiel, im siebten zu Berlin, sodann wieder in Kiel bis zum Sommersemester 1902, woselbst er nach Würzburg zurückkehrte. Er wurde approbirt im Dezember 1903 und war dann bis zum 15. Dezember 1904 als Assistenzarzt an der Kuranstalt für Herz- und Nervenleidende Schloss Marbach am Bodensee tätig. Zur Zeit ist Verfasser Assistent der Heilstätte Grünewald bei Wittlich.
